N° 47

DÉCHIRURES

DU

COL DE LA MATRICE

ET

TRACHELORRHAPHIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 11 JUILLET 1891

PAR

CYPRIEN ARTIÈRES

Né à Millau (Aveyron)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (✲)..... DOYEN
BERTIN-SANS ..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	CASTAN (✲).
Clinique médicale.....	GRASSET.
Physiologie	LANNEGRACE.
Id. HÉDON (Ch. de c.)	
Clinique chirurgicale....	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie....	KIENER (✲).
Thérapeutique et matière médicale...	HAMELIN (✲)
Anatomie	PAULET (O. ✲. ✲).
Pathologie interne.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Pathologie externe (Ch. de cours).....	ESTOR.
Opérations et appareils (Ch. de cours)	FORGUE.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✲ C. ✲).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des vieillards.	MM. REGIMBEAU, agrégé (✲).
Histologie.....	BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. DE GIRARD	MM. VILLE	MM. BROUSSE
SERRE	FORGUE	SARDA
REGIMBEAU (✲)	TRUC	ESTOR
BLAISE	GERBAUD	HEDON
BAUMEL	GILIS	LECERCLE

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GRYNFELTT, *président.*	MM. TRUC, agrégé.
TÉDENAT, professeur.	GERBAUD, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR GRYNFELTT

Professeur d'obstétrique et de gynécologie

C. ARTIÈRES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les indications blibliographiques sont très complètes dans la thèse de Cot. Il est inutile de les reproduire. Nous les compléterons par les travaux les plus importants qui ont paru dans ces dernières années.

Bellencontre. — Du Traité de la métrite du col. Th. Paris, 1889-90.

Bushong (C. H.).— Minor laceration of the cervix. Med. Rec. N. Y., 1890, XXXVII (59-61).

Bouilly. — Déchirures et ulcérations du col de l'utérus. Semaine méd., 1888, VIII, p. 345.

Brose. — The Results in seven operations for the restauration of the lacerated cervix uteri.— Med. news. Phila., 1889.

Cardeillac. — Les Déchirures du col de l'utérus et leur traitement par la trachelorrhaphie. Thèse Montpellier, 1888-89.

Doleris et Mangin. — De la Métrite cervicale. Étude anatomo-pathologique de l'inflammation chronique du col utérin, p. 483. — Nouvelles arch. d'obst. et de gynécologie, 1888-89.

Doleris. — Aperçu synthétique sur les fonctions, la pathologie et la chirurgie du col utérin. (Ibid.) 1890, février.

— Pathogénie et Traitement des affections du col de l'utérus. (Ibid.) 1890.

— Métrite du corps. Métrite du col. (Ibid.) 1890.

— Traitement et Restauration du col de l'utérus pendant la grossesse.— Tr. Internat. M. Cong. Wash., 1887, p. 777-781.

Doleris et Bonnet. — Métrite cervicale. Pathologie et Thérapeutique du col. — Nouvelles arch. d'obst. et de gynécolog., 1891.

Dickinson. — Note of the immediate repair of lacerations of the cervix. Brooklyn, J. 1890. IV. 206.

DUHRSSEN. — Ueber die Heilung des Cervix-risses durch Lappenspaltung (Centrabl. J. Cynak. Leips. 1894).

EMMET. — Lacerations of the cervix uteri and the indications of its restauration. Canad Pratic. Toronto, 1890, t. XV.

FOSTER (W.-D). — Laceration of the cervix uteri (Homœopat,, J. Obst. N. Y, 1889, XI, 213-214).

FULTON (F. S.).— Laceration of the uteri. (Ibid. 1889, XI, 348-494 et 1890 XII, 57).

GOODELL (W.).—Laceration of the cervix uteri (Med. et surg. Reporter. Philad., 1890).

HART et BABOUR.— Manuel de gynécologie. Trad. Crouzat.

HERMONIUS (A. K.).— 137 cases of laceration, of neck of uterus operated by Emmet's Method. (J. Akush, I Jeusk, Saint-Pétersbourg, 1889, III 527-648-719-812).

HOUZEL.— Annales de gynécologie, 1888.

JUILLARD.— Trachelorrhaphie faite dans le deuxième mois d'une grossesse méconnue. Nouv. arch. d'obst. et de gynécologie. B. 1886-1645-647.

KEITH (S.). — Laceration of the cervix uteri. (Med. Press. et circ. London 1890, p. 1405).

LITTAUER (A).—Die lacerationen des cervix uteri; ihre Aetiologie-Pathologie und therapeutic. (Allg. Wien med, zlg., 1869, XXXIV).

PASCAULT (Louis).— Déchirure du col utérin. Pathogénie de ses complications. Traitement. (Thèse de Paris, 1889, n° 300).

PARA. — Sept cas d'endométrite traités avec succès par le curage combiné à l'écouvillonnage ou associé à d'autres opérations. (Trachelorrhaphie, op. de Shrœder, hersage). Gaz. des hôpitaux, 1890, p. 1075-1102.

POZZI. — Manuel de gynécologie.

TERRILLON.—Ulcération du col de l'utérus. (Bull. méd., Paris, 1889, III, 1355-1357).

— De l'ectropion du col de l'utérus. (In his leçons cliniques chirurgicales, 8. Paris, 1889, 13-57).

DÉCHIRURES

DU

COL DE LA MATRICE

ET TRACHELORRHAPHIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE. — Emmet, en 1869, lut un Mémoire à la Medical Society of the County of New-York sur « les déchirures du col de l'utérus comme cause fréquente et non reconnue de maladie. » La moitié des affections utérines, y disait-il, étaient dues à leur présence. L'étonnement fut considérable. C'était le moment même où la discission du col, prônée par un autre Américain, Marion Sims, avait une vogue où jamais n'était arrivé opération chirurgicale. Il faut lire l'ouvrage de Marion Sims (1) pour voir en quelle estime ce grand gynécologue tenait son opération. Elle était due à Simpson (2)

(1) Marion Sims, *Notes cliniques de la chirurgie interne. Menstruation douloureuse.* Trad. par Héritier, p. 163.

(2) Simpson, *Medic. Times and Gazette,* fév.-mars 1859.

depuis 1859; mais Sims l'avait modifiée et avait opéré le plus grand nombre de fois. Il n'y avait pas d'opération plus efficace et plus bénigne: « Je ne saurais dire maintenant, combien de centaines de fois (certainement plus de 500) l'incision de l'orifice du col utérin a été faite par le docteur Emmet et par moi-même à l'hôpital. Eh bien! je ne me souviens que d'un seul cas où elle fut suivie de symptômes inflammatoires: il résultait d'un abcès développé dans le tissu cellulaire pelvien. » Au début, il opérait même dans son cabinet. Cependant il dut bientôt abandonner cette manière de faire à la suite de quelques accidents hémorrhagiques, du reste sans gravité, et aussitôt jugulés par un tamponnement simple. Nélaton craignait des accidents septicémiques; pour le convaincre, il vint lui-même pratiquer devant lui l'opération en France. Enfin il fit tant et si bien que, dit Pozzi (2), « il n'était nulle mariée tendant quelque peu à avoir un enfant, jeune fille ou jeune femme souffrant au moment de ses règles, qui ne fut déclarée passible de l'opération.

Emmet, lui-même, comme on le voit dans la citation, avait opéré fréquemment; et il avait inventé les ciseaux courbes dont se servait Sims. Ses idées sur la discission du col durent évidemment changer. Dans l'édition de 1884 de son *Ouvrage pratique des maladies des femmes*, il est loin de partager l'enthousiasme de Sims, il n'accorde à l'opération qu'un « effet révulsif passager » et lui reproche de provoquer l'éversion des lambeaux et de favoriser la cellulite.

Il dit: « Pendant l'automne de 1862, je reconnus par hasard l'importance de la déchirure du col et j'instituai en même temps un traitement chirurgical pour sa guérison. »

Avant lui, sans parler de Duparcque (3) où l'on trouve dès

(1) Pozzi, *Traité de gynécologie.*

(2) Duparcque, *Maladies de la matrice*, 1839.

1839 quelques mots sur la question, incidemment, Bennet (1) avait décrit la lésion, mais sans y attacher une grande importance, et sans grand retentissement.

Emmet fit paraître coup sur coup plusieurs mémoires sur le même sujet : en 1871, en 1874, en 1876.

En Amérique, à un accueil froid d'abord succède un enthousiasme extraordinaire. Munde (2) étudie la question sous toutes ses faces. Montrose et Pallen (3) discutent âprement ; succèdent les travaux de Wurg, Bozeman, etc., etc. Enfin Gaillard Thomas partisan plus réfléchi signale les exagérations manifestes.

En Allemagne Vogel traduisit le mémoire de 1871. Hégard et Kalteunbach opérèrent les premiers. En Autriche, Bresky (4) publia une critique favorable suivie de 14 observations de cas traités par lui-même avec succès.

En France, on connut tard l'opération, même les étrangers s'en moquaient agréablement et appelaient nos gynécologues des gynécologues au pinceau. La *Revue des sciences médicales* publia un court article en 1877. Poullet, dans le *Lyon médical* de 1879, en donna une analyse sommaire. En 1880, Tarnier opéra le premier ; puis les thèses, les mémoires se succèdent, les observations se multiplient. Parmi les thèses, on cite Desvermine (Paris, 1880), Fage (Paris, 1881), Jacquelot (Paris, 1884), Cot (Montpellier, 1885), Cardeillac, 1890. Parmi les mémoires, ceux de Terrillon, Houzel, Tédenat, etc., etc.

(1) Bennet, *A Practical Treatise of inflammation of the uterus, its cervise and appendages.* Fourth American Edition, chap. VIII. Philad., 1853.

(2) Munde, *The indication of histero-trachelorrhaphy* (*Amer. Journ. of obstetrics*).

(3) Montrose, A. Pallen, *Saint-Louis med. and. surg. Journal,* 1868.

(4) Breisky, *Zur Würdigung des Narbenektropiums des Muttermundes, und dessen operativen Behandlung nach Emmet, in Prag. Wiener med. Wochenschrift,* n° 49 bis (1876, 1879).

Dans ses premières communications, Emmet avait exagéré l'importance pathologique des déchirures ; il le reconnaît lui-même plus tard sans atteindre néanmoins la juste note. Mais ses partisans exagérèrent bien autrement : plus enthousiastes que leur maître, ils déclarèrent bien haut que la trachelorrhaphie était la plus belle découverte du siècle. Ils réparaient tout col déchiré, inéluctablement.

Des partisans aussi chauds devaient amener des détracteurs acharnés. Et à qui criait : toujours, on répondit : jamais. En 1887, pour citer un adversaire, Noeggerath, à la réunion des naturalistes germains, lut un mémoire point par point opposé aux assertions des Américains ; il espérait, ajoutait-il en terminant, que les déchirures du col seraient un jour rayées des conditions pathologiques de l'utérus. Maintenant encore les discussions ne sont pas éteintes et déchirures et trachelorrhaphie ne sont pas classées définitivement. Il y a deux ans à peine, Lawson Tait écrivait dans son *Traité clinique des maladies des femmes* : « Lorsque l'endométrite est consécutive à un accouchement laborieux, et surtout lorsque, pour une raison ou pour une autre, la régression utérine n'a pas été complète, il n'est pas rare de rencontrer, sur l'une ou sur l'autre lèvre, quelquefois sur toutes les deux, une lacération du col utérin. Un gynécologue américain bien connu a émis l'opinion que cette lésion était la véritable cause de tout le mal, tandis qu'elle n'est qu'un simple incident, n'ayant pas par elle-même la moindre importance. Il en résulte qu'on a pratiqué dans ces dernières années une quantité considérable d'opérations, uniquement dans le but de restaurer cette innocente déchirure. Les véritables lésions sont la sub-involution et la métrite chronique consécutive, et il n'a jamais été introduit dans la pratique chirurgicale rien de plus inutile que cette « opération d'Emmet. »

Division du sujet.— Me basant sur les nombreuses observations parues en France et à l'étranger, sur celles que je publie moi-même; sur les nombreux mémoires écrits sur ce sujet, sur les discussions qui se sont produites dans les sociétés savantes diverses, je me suis efforcé de dégager la vérité. Dans le chapitre second, je vais émettre sur les déchirures l'opinion que je me suis formée; dans le chapitre suivant, je reprendrai les principales propositions pour les discuter et démontrer la véracité de mon dire. En dernier lieu, je m'occuperai de l'opération.

CHAPITRE II

Étiologie. — Les déchirures du col de la matrice, entraînant avec elles des troubles utérins, ont pour cause principale les accouchements. La discission opérée sans propreté chirurgicale peut provoquer les mêmes lésions ; elles sont néanmoins moins graves et d'un aspect différent : au moment du traumatisme, le tissu utérin ne se trouve pas dans le même état. Ici, le col est normal ou à peu près ; là, il est mou, dilaté, gorgé de sang, prédisposé à la dégénérescence graisseuse, sans vitalité ; enfin la déchirure n'est plus faite par un instrument tranchant, mais par un corps contondant, le fœtus et les bords sont mâchés et ecchymotiques. Aussi les rencontre-t-on le plus souvent après le travail rapide. Les frictions du col avec le doigt, et l'action de l'attirer en arrière

de la tête, comme ont l'habitude de faire les sages-femmes, dit Emmet; l'application du forceps; la version et toutes les manœuvres réclamées par un accouchement laborieux, doivent entrer en ligne de compte. Enfin les fausses couches, et presque tous les avortements criminels.

Mécanisme. — Les déchirures peuvent être: unilatérales gauches, ce sont les plus fréquentes; unilatérales droites; bilatérales; plus rarement, antérieures et postérieures. Emmet explique la plus grande fréquence des latérales et des latérales gauches par la présence de ce côté de l'occiput du fœtus.

Ce n'est point là la seule raison, il faut faire intervenir la constitution anatomique de la région.

Le col de l'utérus est constitué par des fibres musculaires lisses circulaires. Elles proviennent des fibres longitudinales du corps dont la direction a changé: Sappey les a dénommés fibres en Z. A l'orifice interne et externe du col, ces fibres sont renforcées. Sur les lèvres antérieures et postérieures, un faisceau longitudinal recouvre la première couche; il continue les fibres ansiformes d'Helie et Chenantais qui entourent l'utérus comme une cravate dans son parcours antéro-postérieur: ce faisceau, en effet, ne naît pas au-dessus du col, comme on le voit encore dans des ouvrages classiques, mais à l'extrémité même des lèvres cervicales. Sur les côtés sont placés les vaisseaux vasculaires et lymphatiques: ils sont très nombreux, s'anastomosent, pénètrent le tissu musculaire de façon à le transformer en une espèce de tissu érectile. Privé de ses vaisseaux les côtés du col sont troués comme un crible. Certaines fibres circulaires passent des faces antérieures et postérieures dans les ligaments larges. La solidité des commissures est donc manifestement inférieure aux autres parties du col; les déchirures sont, partant, plus fréquentes.

Evolution de la déchirure. — On distingue des lacérations du premier, deuxième ou troisième degré, suivant leur profondeur : elles peuvent être très légères, intéresser la voûte vaginale, atteindre l'isthme. L'évolution varie avec la gravité. La guérison est le plus souvent la règle pour les déchirures du premier degré. Mais, si l'accouchement a été fait avec une absolue propreté chirurgicale, continuée pendant plusieurs jours, si la malade est restée au repos, des déchirures plus profondes peuvent arriver spontanément à la guérison. « Nous avons vu se cicatriser, dit M. Tédenat (1), par les seuls efforts de la nature, des solutions de continuité ayant des centimètres de profondeur. » Toutes choses égales, les déchirures antérieures et postérieures se cicatrisent plus facilement : les fibres longitudinales maintenant en position les bords de la plaie, expliquent le fait.

Dans ces mêmes conditions d'antisepsie, la déchirure plus souvent procède à la cicatrisation tout en persistant. Les lèvres sont minces, dures et blanches de tissu fibreux, elles sont appliquées l'une sur l'autre, mais facilement écartées avec le doigt. La muqueuse souvent est normale, pâle ou légèrement rosée. Le col est hypertrophié en longueur. « Dans quelques cas, dit M. Bouilly (2), cet allongement est porté à l'extrême, le col est tout près de la vulve et une vaste encoche latérale témoigne d'une déchirure étendue. »

Ces guérisons spontanées sont l'exception. Généralement, au moment de l'accouchement, ou dans les jours suivants, il y a un léger degré d'infection. La malade ne garde pas le repos, la plaie intéresse des tissus sans vigueur, l'utérus ne revient pas sur lui-même, un état congestif intense occupe la région,

(1) Tédenat, *De la déchirure du col de la matrice, de son rôle pathogénique et de son traitement* (*Montpellier médical*, 1883).

(2) Bouilly, *Déchirure et ulcération du col de l'utérus* (*Semaine médicale*, 5 septembre 1888, p. 345).

un terrain on ne peut plus favorable est ainsi préparé pour l'inflammation : elle ne tarde pas à venir.

Symptômes locaux.

DECHIRURE ET INFLAMMATION. — Avec l'inflammation l'évolution varie, l'aspect change. On a alors une métrite cervicale intense. Le traumatisme a été la cause mécanique, la phlogose la cause pathologique (1). Les anciens gynecologues ignoraient la nature de cette « métrite traumatique » ; mais ils l'ont décrite parfaitement. Les expressions imagées pour dépeindre l'état du col ne manquent pas : c'est le col gros, étalé, en groin de porc, en museau de tapir, c'est le col conique à base inférieure, lèvres de nègre, lèvres en rebord de pot de chambre.

Une fente transversale par où s'écoule un liquide blanc visqueux, parfois sanguinolent, occupe la presque totalité du col. Elle intéresse un seul ou les deux côtés pour remonter quelquefois jusqu'à la voûte vaginale ou au delà. Des fissures partent en avant en arrière. L'ouverture est limitée par des lèvres saillantes boursouflées, bombées ; les bords sont rejetés en arrière. Ils sont nets ou dentelés, suivis souvent par un liseré de tissu fibreux, blanc, cicatriciel. Les lèvres sont formées par la muqueuse cervicale ectropiée et par le renversement du squelette musculaire. Leur surface varie d'aspect : c'est l'ulcération des anciens auteurs. Elle est veloutée, folliculaire, kystique, acnéiforme, implantée de végétations papillaires ; elle est tomenteuse, elle granule des bourgeons charnus. Une sécrétion muco-purulente quelquefois adhérente comme une membrane croupale recouvre la surface ; elle saigne facilement. A cette période, on a confondu cette lésion avec un fongus de mauvaise nature, et le diagnostic n'en est toujours pas

(1) Doleris, *Considération clinique sur la métrite du col* (*Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, t. III, 1888, p. 509).

facile. Avec le spéculum de Cusco, on peut réduire l'ectropion, en rapprochant les deux valves du spéculum ; on peut le faire encore en saisissant l'extrémité de chaque lèvre avec une erigne et en tirant en bas.

Sous l'influence du temps et d'un traitement local insuffisant, l'inflammation peut s'éteindre un peu, les lèvres diminuer d'épaisseur ; elles se couvrent alors d'îlots cicatriciels, surtout à l'angle de la déchirure. Ce n'est point là la guérison, la fente transversale persiste, l'écoulement du muco-pus ne cesse pas, les lèvres restent un peu éversées. Les surfaces sont accidentées de saillies et de dépressions, leur aspect est granuleux, irrégulier, kystique. Les complications survenues s'aggravent.

Après la ménopause, le col diminue encore de volume : il s'atrophie, il se transforme en un tissu dur, sclérosé, criant sous le scalpel, il étouffe les kystes. Les lèvres sont très minces, presque méconnaissables. Les culs-de-sacs sont effacés.

Je viens de décrire le degré extrême. Je dois ajouter : l'inflammation peut être plus modérée, et avec une déchirure peu profonde on a une fente transversale bordée par des lèvres moins ectropiées présentant aux commissures une encoche à angle ouvert. La surface des lèvres est rouge seulement, le muco-pus est moins abondant.

De ces différents aspects, la forme kystique était celle dont la pathogénie était autrefois la plus obscure. Aujourd'hui, grâce à la notion de l'ectropion apportée par M. Emmet, elle est simple. La muqueuse cervicale, on le sait, contient des glandes acineuses constituées par des acini, culs-de-sac où aboutissent les divisions et subdivisions des conduits excréteurs. Les orifices de ces glandes viennent s'ouvrir au fond des sillons qui séparent les branches de l'arbre de vie. Sous l'influence d'une inflammation lente et durable, chronique, les cellules lymphatiques venues par diapédèse dans le tissu de la paroi, les cellules du tissu conjonctif revenues à l'état em-

bryonnaire aboutissent à la formation d'un tissu rétractile fibreux. Il enserre les glandes, comprime les canaux excréteurs, l'évacuation ne peut plus se produire, d'où des dilatations et des kystes de volume variable. « Sous l'influence de l'action musculaire, ils sont pour ainsi dire poussés à l'extérieur et viennent se montrer à la surface du col sous forme de petites taches rouges. Quelquefois les glandes distendues s'enfoncent dans le tissu musculaire jusqu'à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi (1). »

Inflammation du corps de l'utérus et des annexes.

Complications et symptômes généraux. — Un état phlogistique aussi intense ne reste pas localisé. L'inflammation se propage au delà des limites du col et provoque des troubles divers. Elle s'étend à la muqueuse du corps, aux trompes, au péritoine, aux ovaires; elle descend aux culs-de-sac vaginaux. Le mode de propagation a donné lieu à des discussions très vives avec Lucas-Championnière. On admettait une propagation en surface, cellule à cellule, par continuité de la muqueuse. En effet, elle a une structure absolument analogue et en parfaite continuité au col, au corps et à la trompe. Le péritoine fait suite à la muqueuse endosalpingienne: l'ovaire est dans le péritoine. Cette pathogénie était classique depuis les travaux de Bernutz, Siredey et Gallard. Même phénomène se produit dans des points différents de l'organisme: La conjonctivite succède à l'inflammation du canal nasal, l'otite à une angine, la bronchite au coryza, la cystite, l'uréthrite et la pyélite à la blennorrhagie. Personne ne discute ces faits.

Lucas-Championnière (2) n'a pas voulu admettre cette théo-

(1) Doleris et Bonnet, *Métrite cervicale ; pathologie et thérapeutique du col.* (*Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie,* janvier, fév., mars 1891)

(2) Lucas-Championnière, *Les lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie utérine* (*Arch. de tocologie*, 1875).

rie pour l'utérus et ses annexes. Il s'est basé sur l'anatomie. L'utérus contient des lymphatiques dont le nombre est immense, « leur abondance est à peine croyable, dit-il » ; ils sont si nombreux, dit Cruiksauk, qu'on serait tenté de croire que la matrice n'est qu'un tissu de lymphatiques. On les trouve dans les trois couches des parois de l'utérus : dans la muqueuse, ce sont des lacunes lymphatiques anastomosées ; dans la couche musculaire, ce sont des vaisseaux. Leur direction est transversale au col, ils forment des cercles et se réunissent sur les côtés dans trois troncs volumineux. Au corps, leur direction est indifférente, ils vont se jeter sur les côtés, vers les angles utérins, en deux gros troncs dont les branches, de 1 à 2 millimètres de diamètre, sont plus grandes que l'artère utéro-ovarienne. Ils sont contenus dans le ligament large, au bord supérieur. Dans le tissu sous-séreux, ce sont des vaisseaux encore très nombreux, formant un réseau très fin. Ces divers vaisseaux aboutissent dans des ganglions distincts. D'après Lucas-Championnière, ceux du col se rendraient spécialement à un ganglion placé sur les côtés et en arrière du col, au-dessus du cul-de-sac vaginal; ceux du corps, à de petits ganglions échelonnés dans le ligament large; tous seraient en relation, du reste, par de gros canaux avec les annexes.

Il est tout naturel de penser, dit Lucas-Championnière, que les gros vaisseaux peuvent amener l'inflammation des parties où ils se trouvent, dans deux circonstances : lorsqu'ils s'enflamment et lorsqu'ils charrient des matières septiques. N'est-ce pas là ce que nous voyons tous les jours pour les membres où les vaisseaux sont infiniment moins volumineux et moins nombreux ? Il en conclut que la salpingo-ovarite se propage uniquement par la lymphangite. Mais M. Poirier (1), après une

(1) Poirier, *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie. Répertoire universel,* 1890.

étude approfondie des lymphatiques de la région, a démoli sa théorie, pour laisser uniquement subsister celle de Bernutz. Il a démontré que ces lymphatiques, très nombreux en vérité, ne communiquent pas à plein canal avec les annexes comme il l'avait prétendu, et que les ganglions où ils se jetaient n'étaient pas ceux qu'il avait décrit. Les lymphatiques du col vont se jeter dans des ganglions au nombre de deux ou trois, placés à l'angle de bifurcation formé par l'iliaque externe et l'hypogastrique, et à deux autres encore placés le long et en arrière de cette dernière artère. On peut sentir ces ganglions par le toucher vaginal ou rectal profond dirigé en haut et en dehors vers les parois de l'excavation pelvienne. Ceux de l'utérus se rendent dans les ganglions lombaires, et à des ganglions de l'aine. Au niveau de l'isthme, entre les points de réflexion de la séreuse en haut et de la muqueuse en bas, les lymphatiques sont remarquablement serrés. Courty et Thomas l'avaient déjà signalé, les vaisseaux y sont pelotonnés, sans doute pour satisfaire au besoin de retrait et de dilatation du col. C'est un pelotonnement atteint par l'inflammation que Lucas-Championnière a pris pour un ganglion ; on ne le trouve jamais chez une femme dont l'utérus est sain. Cependant les annexes ne sont pas complètement isolés ; ils communiquent, mais très indirectement, avec les lymphatiques du corps et du col : tous les lymphatiques muqueux, musculaires et sous-péritonéaux sont anastomosés entre eux. L'ovaro-salpingite ne peut donc avoir comme cause principale les lymphatiques

Paramétrite.

enflammés. Mais ils provoquent l'inflammation du tissu cellulaire périutérin et surtout péricervical où ils abondent. Ce tissu cellulaire forme une enveloppe complète à l'utérus. Cependant il est plus rare en avant et en arrière, plus épais sur les côtés, où il s'étend pour former la charpente des ligaments larges, plus épais encore au niveau de la portion sus-

vaginale du col. Il se continue avec celui des fosses iliaques, avec celui du mésentère, et avec le périvésical.

On a dénommé paramétrite l'inflammation de ce tissu périutérin. Dans les formes virulentes de la septicémie puerpérale, à la suite d'une déchirure, elle est suraiguë et amène une fatale terminaison. Les gros lymphatiques, alors ouverts, charrient les produits septiques, s'enflamment rapidement, la phlébite même intervient. Elle est aujourd'hui rare, grâce à l'antisepsie.

La paramétrite est plus souvent subaiguë et à marche lente. Elle survient presque toujours à la suite de déchirures entraînant la métrite. « L'inflammation gagne plus lentement le tissu cellulaire voisin, par la voie lymphatique plutôt que par celle des veines qui se défendent, grâce aux thromboses : il y a lymphangite et périphlébite plutôt que phlébite; l'infection chemine lentement, fuse à la façon des suppurations chroniques, ne se généralise pas et reste localisée au-dessous du péritoine, n'intéressant ni la séreuse ni les organes voisins (1). » Évidemment, elle est localisée surtout sur les côtés et au niveau de l'isthme où est massé le tissu conjonctif. Si l'on examine alors les culs-de-sac latéraux, on les trouve empâtés, en arrière et sur les côtés on sent cette petite tumeur que Lucas-Championnière avait prise pour un ganglion. Plus tard, si l'inflammation persiste, l'empâtement s'indure et embrasse le col à la façon d'un fer à cheval. Elle peut se prolonger aux ganglions décrits par Poirier à l'angle de bifurcation de l'iliaque externe et de l'hypogastrique. Elle peut s'étendre aux ligaments utéro-sacrés, au tissu cellulaire adjacent, et provoquer là des zones de périentérite qui amènent des troubles dans la défécation. Enfin en avant, mais plus ra-

(1) Doleris et Bonnet, *loc. cit.*

rement, le tissu périvésical peut être pris, et des phénomènes d'irritation vésicale s'ensuivre.

Si elle persiste encore, le fer à cheval d'empâtement s'indure de plus en plus, devient tissu fibreux, étrangle les vaisseaux sanguins et « détermine, par la permanence des troubles circulatoires, une atrophie lente mais toujours croissante de la matrice (1). »

Latéroversion. Cette paramétrite est encore une des causes d'un nouvel ordre de complications : les déviations. Elle provoque uniquement les latéro-versions. Pour la même lésion, elles vont successivemeut à droite et à gauche. » On comprend très aisément toutes ces variétés et les modifications diverses qu'elles doivent produire dans la position et la direction de l'utérus, qui est souvent repoussé du côté sain dans la première période (période de tuméfaction, inflammation) (2), puis attiré du côté malade quand le tissu phlegmasique se rétracte ou se résorbe (période de résolution ou de rétraction). »

Antéflexion. L'antéflexion se produit par la contracture prolongée des ligaments utérins sous l'influence de l'inflammation. Cette déformation peut d'ailleurs être causée encore par l'atrophie musculaire de la paroi de l'utérus au niveau de l'angle de flexion-

Rétroflexion. La rétroflexion se produit par la rétraction des ligaments de l'ovaire ou de la trompe ou par les adhérences de ces organes en arrière.

Descente. Rétroversion. La descente de l'utérus et la rétroversion sont dues aux relâchements dans d'autres cas de ces mêmes ligaments, par le poids de l'organe plus lourd.

Influence sur le système nerveux. L'état du col, seul, sans l'intervention des complications qui suivent, provoque des troubles du système nerveux. Ce sont des névralgies locales très vives, avec des irradiations

(1) Freund, cité par Aug. Martin.
(2) Tédenat, *loc. cit.*

lombaires (1) presque constantes ; elles peuvent arriver jusqu'au long de la colonne vertébrale et provoquer une rachialgie des plus intenses ; elles peuvent descendre jusqu'au pli de l'aine, la cuisse et envahir tout le membre inférieur. L'endométrite du corps et la paramétrite exagèrent ces névralgies. La malade accuse de la pesanteur souvent douloureuse à l'hypogastre, due sans doute aux tiraillements des ligaments par l'utérus, plus lourd.

D'après Emmet, la rétraction du tissu cicatriciel, si lente à se produire, provoquerait, par la compression des nerfs, ces névralgies. Elle met plusieurs années pour être complète dans un nodule, elle continue autour des glandes après la rupture des kystes, elle dure ainsi presque indéfiniment. Le nodule placé à l'angle de la déchirure, la cheville cicatricielle, *cicatricical plug* des Américains, est surtout incriminée (2). Munde et Sutton (3) citent des observations où l'on voit une crise de sciatique, une attaque de catalepsie appelée par la seule pression du doigt sur ce point. Agathonoff (4) cite des cas analogues : deux malades présentaient des convulsions épileptiformes. Guinon (5), dans sa thèse, cite encore plusieurs observations. Une malade de M. Grynfeltt dont l'observation a été publiée par M. Guibert présentait des crises hystériformes fréquentes. Dans tous ces cas, l'ablation des nodules et la suture de la plaie ont amené la guérison.

On a trouvé encore du vaginisme et de l'anurie. Des troubles nerveux plus éloignés : Emmet insiste sur la céphalie ;

(1) Cheron, *Revue méd. et chirurg. des maladies des femmes*, 1887.

(2) Munde, cité par Hugues Wells, *Cervical Laceration and uterine disease.* (*American Journal of obstetrics*, volume XXI, 1888, p. 257).

(3) Sutton, *American gynecological transactions*, 1880.

(4) Agathonoff, *Lacérations du col. Trachelorrhaphie d'Emmet.*

(5) Guinon, *Agents provocateurs de l'hystérie.* Paris, 1889-90.

Peaslee (1) décrit une névralgie occupant sur le vertex une surface circulaire ou ovale soulagée par la pression. Enfin l'hystérie se rencontre fréquemment; l'influence de l'utérus sur le développement de cette névrose est aujourd'hui, d'ailleurs, admise par tous les médecins. On a cité des cas de monomanie.

Les autres organes ne sont pas à l'abri. Du côté du cœur, le Dr Bold (2) a signalé dans 8 pour 100 des cas une névrose à caractère réflexe, si intense qu'elle peut simuler l'angine de poitrine. Elle guérit avec la maladie des organes génitaux.

Dans l'appareil respiratoire se rencontre une toux banale dans les maladies de la matrice et que l'on a dénommée *toux utérine.*

Au tube digestif reviennent les gastralgies et les dyspepsies utérines si fréquentes.

Enfin, c'est incontestable, les fonctions de l'utérus sont fort compromises.

D'abord il n'est pas revenu sur lui-même après l'accouchement. Il est resté gros.

La menstruation est troublée : tantôt c'est la ménorrhagie, tantôt la dysménorrhée. La stérilité et les avortements sont la règle. La présence de la leucorrhée et du pus, le coït difficile car il provoque des douleurs aiguës comme des maux de dents (3), rendent les imprégnations plus rares : le col atteint dans sa structure s'acquitte plus difficilement de ses fonctions de sphincter, il retient moins bien les produits de la conception.

Ces divers symptômes se prêtent un mutuel concours pour former un cercle vicieux immense : ils s'accroissent ainsi de plus en plus. La subinvolution, la paramétrite, les déviations

(1) Peaslee, *Americ. Journal of obstetr.*, 1886.

(2) Bold, *Americ. Journal of obstetr.*

(3) Berry, Hart et Babous, *De la lacérotion du col* (*Ann. de gynéc.*, 1883).

augmentent le phlogose qui les a produites. Bazin, Courty, Bernutz, ont démontré que le système nerveux joue un grand rôle dans la chronicité des maladies utérines ; sa faiblesse, par l'atonie musculaire qu'il provoque, empêche toute réaction de la part de la nature. Les troubles des autres organes, angine de poitrine, dyspepsie, etc., abattent de plus en plus l'organisme, et ainsi se développent encore les lésions. Enfin cette débilité, toujours plus grande, amène le malade à la cachexie.

CHAPITRE III

Reprenons la symptomatologie et les complications des déchirures du col, dans leurs points principaux, pour les discuter. Tous les auteurs n'admettent pas ce que j'ai avancé, d'autres auteurs avancent davantage.

Je me propose de démontrer les propositions suivantes:

Les déchirurures du col ne sont pas une entité morbide, elles sont la cause mécanique de la métrite cervicale dont l'inflammation est la cause pathologique. L'ulcération de la métrite est due à l'éversion des parois musculaires et à l'ectropion de la muqueuse : elle se rencontre dans des métrites cervicales purement inflammatoires.

Les diverses complications que j'ai énumérées se produisent dans les deux cas. La paramétrite seule revient plus souvent dans la métrite traumatique, partant, les déviations

sont plus fréquentes dans cette dernière. Quelques troubles du système nerveux sont plus habituels à la déchirure.

J'ajouterai quelques mots sur la fertilité.

Ectropion et éversion.— Au début, Emmet soutenait que les déchirures du col, provoquaient seules l'éversion et l'ectropion. Il en avait fait le symptôme pathognomonique de la déchirure. Plus tard, ses idées se modifièrent après l'observation suivante publiée dans son ouvrage, édition de 1884 :

Au printemps de 1880, je fus consulté par une jeune fille que j'avais vu grandir et qui était au-dessus de tout reproche. Par le toucher rectal, je découvris une cellulite étendue derrière l'utérus et à gauche, mais je fus incapable de reconnaître l'état exact de l'utérus. Je sentais une masse très sensible à la pression, qui semblait trop volumineuse pour être le col et pas assez pour être l'utérus. C'était cependant le col considérablement augmenté de volume. J'introduisis le spéculum, et à ma vive surprise je vis la membrane muqueuse du canal renversée jusqu'à l'orifice interne C'était à croire qu'il venait d'y avoir avortement criminel. Sous l'influence du traitement, la cellulite guérit très rapidement ; les surfaces renversées reprirent leur état normal, et il ne resta bientôt plus qu'un orifice virginal.

Ce fait qui a démontré à Emmet l'absolu de ses assertions n'a pas convaincu tous les gynécologues, et Bouilly (1) soutient encore : « Cet aspect particulier du col ulcéré n'existe jamais chez les femmes n'ayant pas eu un accouchement ou une fausse couche. La déchirure plus ou moins grande de la parturition est un des éléments indispensables à la production de cet état (ectropion). Emmet, à qui l'on doit tout sur cette question, n'a observé qu'une fois cet aspect sur une jeune fille

(1) Docteur Bouilly, *Déchirures et ulcérations du col* (*Semaine médicale*, n° 36, 1888, p. 345).

« au-dessus de tout soupçon » et atteinte en même temps de cellulite pelvienne. Sur des centaines de déchirures du col avec ulcération, je n'ai pas trouvé un *seul* cas chez des malades n'ayant pas eu un accouchement ou une fausse couche plus ou moins longtemps auparavant. »

D'un autre côté, les opinions d'Emmet furent combattues avec acharnement. Des gynécologues ont refusé à la déchirure toute influence sur l'ectropion; d'autres auteurs ont nié même cet ectropion.

Dans le mémoire de Noeggerath on trouve entre autres ces deux conclusions :

Les érosions et ulcérations sont également fréquentes dans les cols intacts et dans les cols lacérés ;

L'éversion des lèvres n'est jamais le résultat d'une déchirure du col.

L'éversion est due, dit-il, à l'épaississement de la muqueuse utérine, à la pression de la paroi postérieure du vagin contre les lèvres déchirées, l'utérus étant ordinairement en antéversion, et enfin le plus souvent elle apparaît là où elle n'est pas, grâce à l'usage du spéculum dépresseur de Sims. Il soutient son dire par l'histoire de 100 femmes traitées par lui-même, atteintes de métrite cervicale, 50 avec déchirures, 50 avec cols intacts. Il en a trouvé parmi les premières 33 avec des érosions et des ulcérations ; 27 seulement dans les secondes.

Ruge et Veit, deux Allemands, ont nié l'ectropion. Ils ont basé leur thèse sur des preuves histologiques. L'épithélium cylindrique qui recouvre les surfaces ulcérées et les kystes que l'on y trouve seraient formés au dépens du réseau de Malpighi. « Tandis que le caractère de ce réseau avait été jusqu'alors de produire et de repousser à la superficie des cellules stratifiées d'épithélium plat, elles vont maintenant donner naissance à des bourgeons et des prolongements dirigés vers la profondeur et amener la formation de glandes

dans la muqueuse vaginale du col. » La couche basale de l'épithélium pavimenteux de la muqueuse externe ou vaginale du col se transformerait en épithélium cylindrique proliférant.

On a servi à ces auteurs pour les combattre des preuves analogues à celles dont il s'étaient servis.

A Noeggerath, Munde a répondu par des statistiques aux résultats contraires. Elles sont mêmes plus complètes et plus détaillées :

	Femmes avec col intact	Déchirure au 1er degré	Déchirure au 2e degré	Déchirure au 3e degré
	—	—	—	—
Érosions.....	12	11	4	6
Éversions.....	2	19	27	23
Érosions et éversions.....	0	7	20	40
Total des érosions.....	12	18	24	46
Total des éversions.....	2	26	47	63

A Ruge et Veit, Fischel a répondu par des preuves basées sur l'histologie. L'érosion est bien le fait de l'ectropion. La couche basale de la muqueuse n'est pas indifférente et ne peut pas produire tantôt de l'épithélium plat, tantôt de l'épithélium cylindrique. Ces deux variétés d'épithélium proviennent, c'est démontré complètement, de deux feuillets différents du blastoderme.

D'ailleurs, il suffit d'examiner l'état du col pour se convaincre de la réalité de l'ectropion. On y arrivera par le toucher seul. On verra ainsi que le spéculum, comme le soutient Noeggerath, ne le produit pas.

A l'opinion de Bouilly, enfin, nous opposerons les résultats de travaux autres de Fischel (1):« Il a démontré que l'ectropion se rencontrait plus fréquemment qu'on ne pensait en dehors des lacérations du col. Il l'a trouvé chez des vierges lui aussi et même chez des nouveau-nés. 10 fois sur 28 cas, il l'a trouvé

(1) Fischel, *Archiv für Gynœk.*, t. XVI.

à la naissance: « Dans 36 pour 100 des cas, dit-il en résumé, la portion vaginale du col des nouveau-nés est recouverte par un épithélium cylindrique à couche unique qui est manifestement la continuation de la muqueuse cervicale. » Il a proposé de lui donner le nom d'*ectropion histologique des nouveau-nés.*

Bien avant, d'ailleurs, Bennet (1) avait connu le fait de l'éversion chez les femmes vierges. Non seulement, dit-il, j'ai rencontré l'inflammation ulcéreuse du col chez des femmes vierges âgées de plus de vingt ans et qui étaient réglées depuis plusieurs années, mais je l'ai observé parfois aussi sous la forme la plus accentuée chez des jeunes filles de seize à dix-sept ans.

Enfin le mécanisme même de cet ectropion montre encore qu'il peut se produire en dehors de la déchirure.

A tort, Emmet a soutenu « qu'il était uniquement le résultat de la cellulite qui agissait en déroulant le col déchiré », exagéré, en outre, par la pression sur la paroi postérieure du vagin ; la lèvre postérieure étant retenue en arrière, l'antérieure en avant, dans l'axe. Cette cause n'est pas unique. Les fibres longitudinales que j'ai décrites plus haut interviennent et plus activement. Doleris l'a démontré. Leur influence n'est plus contrebalancée par les fibres circulaires divisées, elle devient prépondérante. Cette même cause agit sur les cols non lacérés atteints par la métrite. « *Les fibres musculaires sous-jacents à une partie enflammée s'enflamment à leur tour et dégénèrent.* » C'est la loi de Stokes. Ici les fibres circulaires sont les premières atteintes, elles se relâchent et laissent agir seules les faisceaux de Helie et Chenantais.

Dans les deux métrites, l'inflammation peut avoir une

(1) Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*, trad. de Peters, 1864, p. 142.

égale intensité. M. Doleris (1) dit avoir vu des cols intacts avec des museaux de tanche étonnamment agrandis, linéaires, transversaux, plissés, comme chez certaines femmes ayant eu des enfants ; chez ces dernières cependant la preuve de la déchirure donne un aspect spécial, la fente se prolonge sur un seul ou sur les deux côtés.

La majorité des complications dont j'ai parlé se rencontreront donc également dans les deux cas. L'inflammation des annexes, puisqu'elle se produit par contiguïté des cellules, sera aussi fréquente, et de même les déviations utérines dues aux adhérences de ces organes. Et encore les troubles de la digestion, la toux utérine et les troubles nerveux. Ces derniers cependant présentent quelques symptômes particuliers dans la déchirure. Je les ai décrits plus haut: il sont dus au nodule cicatriciel placé à l'angle de la déchirure.

La paramétrite se rencontre presque uniquement dans la déchirure. Il faut, en effet, pour qu'elle se produise, une inflammation des lymphatiques du tissu musculaire et sous-séreux ; elle est facile dans les lacérations où ils sont à nus. Mais ils peuvent se produire, sans doute plus rarement et plus tardivement, sur un col non lacéré : l'inflammation intense et de longue durée peut se communiquer des lacunes lymphatiques sous-muqueuses aux vaisseaux des autres tuniques. Elle existait dans l'observation citée par Emmet : « Par le toucher rectal, je découvris une cellulite étendue derrière l'utérus et à gauche. » Puisque la paramétrite est plus rare, les latéroversions le seront aussi ; de même, les autres déviations seront moins fréquentes.

La fertilité des femmes atteintes de déchirures a amené des discusions très vives.

Emmet soutenait que les imprégnations sont plus rares et

(1) Doleris, *Considérations cliniques sur la métrite du col* (*Nouvelles Arch. d'obst. et de gynécol.*, t. II, 1888, p. 521).

les avortements plus fréquents avec la déchirure. Noeggerath a répondu : « Les femmes avec lésions internes conçoivent plus facilement si le col est déchiré que s'il est intact; les avortements sont moins fréquents dans le premier cas que dans le second. » Pour le démontrer, il a encore pris 100 femmes atteintes de lésions de la matrice, 50 avec déchirures, 50 avec cols intacts. Voici ses résultats. Les grossesses à terme d'abord.

Nombre d'enfants.	Femmes non déchirées.	Femmes lacérées au 3e degré.
1	16	8
2	6	11
3	6	6
4	7	9
5	7	9
6	2	2
7	2	2
8	2	1
9	0	0
10	1	0
11	0	2
12	1	0
Total.....	173	185

A ces statistiques, Munde en oppose d'autres encore personnelles, dont les résultats seraient opposés. Comme elles reposent sur un nombre de cas plus considérale, il prétend réduire à néant celles de Noeggerath.

Nombre d'enfants.	Femmes non lacérées.	Lacérées 1er degré.	Lacérées 2e degré.	Lacérées 3e degré.
1	35	30	20	25
2	22	30	23	19
3	14	13	10	7
4	10	9	10	16
5	5	9	12	10
6	6	7	8	9
7	4	2	7	5
8	0	0	5	1
9	1	0	3	3
10	2	0	0	1
11	0	0	2	2
12	1	0	0	2
Total.....	291	206	382	328
Encore enceintes au moment de l'observation	14	10	7	5
Moyenne du nombre des années de mariage..	8,83	8,90	13,04	12,95

Un premier coup d'œil sur les deux tableaux montre des résultats semblables : les grossesses sont plus nombreuses chez les femmes déchirées. Mais Munde fait intervenir un facteur de plus qui change la signification de la figure et soutient sa théorie. C'est la moyenne des années de mariage pendant la période de fécondité.

Au sujet des avortements, mêmes idées contraires et mêmes statistiques.

	Statistique de Mundé.			Statistique de Noeggerath.		
Nombre avortements.	Non lacérées.	Lacérées 3e degré.	Non lacérées.	Lacérées 1er degré.	Lacérées 2e degré.	Lacérées 3e degré.
1	8	9	25	21	25	25
2	4	0	4	7	9	12
3	0	1	0	2	2	4
4	0	2	2	3	1	2
5	0	0	1	1	3	1
6	0	0	0	0	2	1
7	0	1	0	1	0	1
Total...	12 femmes ont avorté 16 fois.	8 femmes ont avorté 22 fois	32 femmes ont produit 46 avort.	35 femmes 65 avort.	42 femmes 80 avort.	45 femm. 81 avort.

Les opinions de ces deux auteurs ne nous paraissent pas justes. Je crois que, chez les femmes atteintes de métrites, les imprégnations sont plus fréquentes quand il y a déchirure, mais que les avortements sont aussi proportionnellement plus nombreux. Les imprégnations sont plus fréquentes parce que le col grand ouvert peut laisser passer plus facilement, malgré l'écoulement du pus, les spermatozoïdes ; j'ai dit déjà que les fonctions de sphincter, compromises par la déchirure, retiennent plus difficilement les produits de la conception.

Mais, va-t-on objecter, pourquoi cette différence dans le nombre des imprégnations, puisque l'ectropion existe dans les deux espèces de métrites, et que l'ouverture est aussi grande ? Un fait dont je n'ai pas parlé explique la chose. Au niveau de l'isthme, les vaisseaux sanguins forment un collier vasculaire,

sous l'influence de l'inflammation il devient turgescent ; le sphincter interne est tardivement pris par le phlogose, les sympathiques irrités en provoquent la contracture. Ces deux phénomènes diminuent à tel point l'ouverture du col, qu'on a souvent toutes les peines pour introduire les plus petites sondes. Dans les cols déchirés, et déchirés profondément surtout, cette obstruction ne peut pas exister.

J'ai d'ailleurs des faits pour étayer cette thèse. Schwartz (1) rapporte l'exemple d'une femme atteinte de déchirure, qui devint cinq fois enceinte et avorta 4 fois entre le quatrième et sixième mois.

Mais dans la discission, où l'ouverture du col est agrandie, où les fonctions des sphincters sont compromises comme dans la déchirure, même phénomène se produit.

Simpson, Sims, Meadows, Spencer Wells, Martin (de Berlin) relatent des observations nombreuses de femmes restées longtemps stériles, quelquefois jusqu'à treize ans, et devenir enceintes après la discission ; mais que de voix se sont élevées contre cette opération, l'accusant de provoquer l'avortement !

Cincinnati, Peaslee, Gream, Baker Brown, Grunwald (2) rapportent les fausses couches comme imminentes chez toutes les femmes qui deviennent enceintes, après la discission.

Pajot (3) ne se croyait pas en droit de pratiquer cette opération, tant elle lui semblait incompatible avec la grossesse.

Enfin les statistiques de Noeggerath et Munde me serviront encore d'étai. Le premier donne 173 imprégnations chez les femmes non lacérées, et 185 chez les autres. Munde donne 291 imprégnations chez les premières, et jusqu'à 382 et 378 chez les secondes. Il y a sans doute la moyenne des années

(1) Schwartz, *Volkmann's Sammlung*, n° 241, 1884.
(2) Cités par Peters. *Americ. Journal dist*, p. 849, 1884.
(3) Pajot, *Travaux d'obstétrique et de gynécologie.*

de mariage ; mais est-il sérieux, ce facteur, et la différence dans la moyenne n'est-elle pas compensée par une autre facteur dont ne parle pas Munde : l'âge des malades ? Il est évidemment plus grand chez les femmes atteintes de déchirures, où l'on ne trouve en outre aucune primipare.

Pour les avortements, nous trouvons chez Noeggerath 16 pour les femmes au col intact et 22 pour les lacérées. La différence avec Munde est plus grande : nous avons 46 et 81. Dans la première statistique, il y a un point très frappant : Munde a noté le nombre des femmes qui étaient enceintes au moment où il prenait l'observation ; ce nombre diminue progressivement depuis les femmes qui ont le col sans déchirure jusqu'à celles qui l'ont le plus accentuée. C'est 14—10—7—6.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic des déchirures du col est en général facile. Quelquefois cependant on a pris pour un épithélioma une métrite traumatique. Mais l'examen de la lésion par le toucher, au spéculum de Cusco, donne des indications déjà fort précises. Les hémorrhagies sont rares dans la métrite, elles sont répétées et caractéristiques dans les tumeurs malignes. La leuccorrhée est fétide dans celles-ci, inodore dans l'autre. Néanmoins l'aspect qu'offre le col, les sécrétions qu'il laisse écouler bien qu'inodores, les hémorrhagies mêmes qui peuvent être plus fréquentes, les douleurs lancinantes, enfin l'état général de la malade et son facies cachectique peuvent induire le médecin en erreur. Schwartz a publié dans les *Annales de gynécologie* (février 1889) trois observations où l'erreur a d'abord été commise. L'une d'elles est frappante surtout, je la cite.

Dans ces cas, on peut employer les moyens dont il s'est servi : sous le bénéfice du chloroforme on attire l'utérus à la vulve et on examine à loisir les lésions, facilement.

Enfin on peut enlever un fragment de tissu, comme l'a fait plusieurs fois Guérin, et l'examiner au microscope.

Note sur trois cas de métrites du col; diagnostic difficile d'avec un cancer. Société obstétricale et gynécologique de Paris. Séance du 10 janvier 1889. — (Docteur Schwartz).

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, C. R., qui entre à l'hôpital Beaujon, le 8 mai 1888, pour une affection utérine. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de seize ans, et depuis, l'écoulement menstruel a toujours été régulier et normal. Jamais d'enfants, jamais de fausses couches. Le début de la maladie remonte à un an. Elle commence par être atteinte d'une leucorrhée très abondante, qui alterne au bout de quelques semaines avec des pertes d'eau rousse et de sang. A chaque époque menstruelle l'hémorrhagie augmentait notablement, mais l'état général continua à rester bon; quelques douleurs lancinantes avec irradiations dans les reins, à la partie supérieure des cuisses; l'appétit est conservé. Depuis quelque temps, toutefois, les digestions sont plus laborieuses et l'appétit a diminué ; aucun trouble du côté des fonctions urinaires et rectale. Le palper abdominal ne donne aucune indication précise, si ce n'est qu'il est un peu douloureux dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal nous fait tomber sur un col augmenté de volume, comme fongueux, le tissu fongueux ayant pour base un tissu plus induré; le museau de tanche est inégal, cratériforme, induré aussi plus à gauche qu'à droite. Les culs-de-sac paraissent libres, l'utérus est mobile et ne semble pas pour le corps augmenté de volume.

L'examen au spéculum nous montre tout le col ulcéré assez profondément ; l'ulcération est irrégulière, rouge foncé, bleuâtre par places, saignante. Elle est à la limite gauche du cul-de-sac vaginal; malgré tout, l'écoulement présenté par la malade n'a aucune odeur appréciable. Dans le service où elle avait séjourné, on avait porté le diagnostic d'épithélioma, et l'on avait même proposé l'ablation totale de la matrice par le vagin.

Je ne voulus me décider qu'après avoir attiré l'utérus à la vulve, et avoir examiné les lésions sous le chloroforme, quitte à me conduire ensuite suivant mon impression. J'aurais pu d'avance enlever un fragment du néoplasme présumé et le faire examiner histologiquement; mais, outre ce qu'ont d'incomplet et quelquefois d'erroné ces examens, je tenais à débarrasser cette malade rapidement de son mal,

tant elle souffrait chaque fois qu'on était obligé de lui appliquer le spéculum.

Madame B. étant chloroformée, j'attirai facilement le col utérin à la vulve, et les lésions qui m'avaient paru très suspectes au fond du vagin ne me le parurent plus du tout quand je les eus sous les yeux et que je pus explorer facilement l'état du museau de tanche. Aussi me décidai-je incontinent à l'ablation cunéiforme du col aux ciseaux et au thermocautère en prolongeant l'évidement le plus possible. La malade guérit, etc.....

L'examen histologique nous montra que le col était complètement transformé en un moignon fibreux, composé de fibres conjonctives sans presque aucune trace de fibres musculaires lisses, et que l'on avait affaire à une ulcération superficielle.

CHAPITRE IV

Traitement. — Pour obtenir une guérison sûre, on devra traiter les deux éléments qui constituent la cause du mal : l'inflammation et la déchirure. On s'expose dans le cas contraire à des échecs. Si on ne traite que l'inflammation, la déchirure persistante ramène bientôt la maladie dans toute son intensité. Depuis longtemps, dit M. Tédenat, mon maître, A. D. Valette, insistait sur la guérison difficile et même sur l'incurabilité des métrites associées à des déchirures persistantes. Ne traiter que le traumatisme est cacher la lésion sans la guérir. Quelquefois néanmoins des résultats heureux ont été alors obtenus. Le docteur Schenck cite cent dix cas de sa pratique personnelle où le traitement de la déchirure seule a

amené la guérison. Peut-être par un avivement profond enlevait-il tout le mal; mais pareille pratique est imprudente et expose, en dehors des échecs, à de graves dangers : Emmet et Munde ont signalé dans des faits semblables des cas de mort par la métrite, la cellulite et la péritonite.

Le traitement de l'inflammation sera le même que d'habitude : repos absolu, lotions antiseptiques, injections vaginales très chaudes, tampons de gaze iodoformée ou de glycérine. Enfin le hersage et le curetage de l'utérus, ainsi que nous l'avons vu faire à M. le professeur Grynfeltt.

S'il y a des kystes faisant saillie sous la muqueuse, on les percera avec le bistouri et on appliquera ensuite de larges tampons de glycérine saupoudrés de salol ou d'iodoforme. On pourra ajouter de légères cautérisations. On fera disparaître par ces divers moyens toute ulcération du col.

On traitera encore les complications si elles existent : métrite, ovaro-salpingite et paramétrite. Repos, curetage, grands bains avec large canule qui conduit l'eau jusqu'au col, injections quotidiennes d'eau très chaude (45°), etc.

La majorité des chirurgiens convient qu'une intervention chirurgicale sur l'utérus en présence de ces inflammations leur donne un coup de fouet et fait amener les accidents redoutables dont je viens de parler. Tel n'est pas l'avis cependant de Goodell (1). Une inflammation périuterine subaiguë est pour lui une indication à la réparation chirurgicale du col ; car les traitements palliatifs sont impuissants dans certains cas à la résoudre. Habituellement, chaque période menstruelle ranimerait l'inflammation et ferait perdre tout terrain gagné ; il faut faire disparaître alors la déchirure, malgré tout. Il cite des observations suivies de succès : « En agissant d'après ces idées, dit-il, j'ai dans plusieurs occasions et dans de telles cir-

(1) Goodell, *Lacération du col* (*Med. and surg. Report.* Philadelph. 1881 1882).

constances pratiqué l'opération, et j'ai toute raison de me féliciter d'avoir agi ainsi. »

On s'attaquera après à la déchirure.

Emmet a proposé son opération que Dudlay appela trachelorrhaphie. Elle consiste à sectionner sur les deux lèvres de la déchirure une lamelle de tissu, pour les aviver, et enlever tout nodule fibreux ; puis à suturer.

Mais elle n'est pas toujours indiquée : elle peut être inutile, elle peut être insuffisante.

Elle est inutile dans les déchirures peu étendues, lorsque le tissu cicatriciel est rare et surtout lorsqu'il n'existe pas à l'angle de la déchirure. Dans ces cas, des cautérisations au fer rouge suffisent pour amener la guérison. J'en trouve un exemple dans le mémoire de M. Tédenat.

Mme D... âgée de vingt-quatre ans, lymphatique, d'assez bonne constitution, a accouché depuis six mois. L'accouchement a été laborieux, bien que l'enfant ait été expulsé par les seuls efforts de la nature. Depuis lors, malgré un mois de repos au lit et des soins de toute sorte, cette jeune femme souffre dans le bas-ventre, surtout à gauche, au-dessus de l'arcade crurale et dans la région lombaire. Elle marche péniblement, le corps porté en avant. Leucorrhée hémorrhagique habituelle ; depuis trois mois, abondantes hémorrhagies qui durent dix ou douze jours. Plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent ont été pratiquées sur le col et dans la cavité sans résultat appréciable ; les injections chaudes, les bains de siège, n'ont pas mieux agi, et depuis trois mois la malade a abandonné tout traitement. Elle est pâle, amaigrie... Le 10 juin, je fus appelé en consultation par M. Guichot, qui la soigne depuis cinq mois. Le col est gros, entr'ouvert ; ectropion volumineux, déchirure de la commissure gauche sur une longueur de deux centimètres. L'utérus est refoulé un peu du côté droit, par suite d'une inflammation para-utérine à gauche. Il a perdu sa mobilité, et la malade souffre vivement pour peu qu'on presse sur le col pour le ramener à sa situation normale. Pendant vingt jours, la malade pratique, matin et soir, une injection d'eau salée très chaude, de cinq minutes de durée, et applique le soir un tampon enduit de pommade d'iodo-

forme. Les douleurs diminuent, la leucorrhée est moins abondante, mêlée de moins de sang. L'utérus est moins dévié, plus mobile, indolore; le volume du col a diminué, mais la déchirure ne s'est pas modifiée; l'ectropion très peu.

Le même traitement est continué jusqu'au 15 juillet; la malade se trouvant beaucoup mieux vient à Montpellier. L'utérus a sa mobilité normale et est indolore; ectropion peu diminué; la déchirure persiste. Le 17 juillet, cautérisation avec le thermocautère bien limitée aux lèvres de la plaie et peu profonde. Des tampons iodoformés, placés dans les culs-de-sacs et changés tous les jours, sont destinés à rapprocher les deux lèvres. Le 28 juillet, la moitié supérieure de la déchirure est cicatrisée. Le 6 août, nouvelle cautérisation ignée de la partie non cicatrisée. Mêmes soins consécutifs. Repos, tampons, injections. Le 20 août, la déchirure était complètement cicatrisée, et à la fin du mois de septembre, après une saison aux bains de mer, M^me^ D... était complètement guérie. Elle l'est toujours (5 novembre); il n'y a ni douleur ni leucorrhée, et les menstrues durent trois ou quatre jours comme autrefois.

« On ne devra pas trop insister, ajoute M. Tédenat, sur l'emploi du fer rouge, et, si la guérison n'est pas obtenue après deux ou trois cautérisations, il sera prudent d'y renoncer, sous peine de s'exposer à produire une perte de substance et à provoquer la formation d'îlots cicatriciels qui, plus tard, rendraient l'avivement difficile. »

L'opération est insuffisante, si l'endométrite est trop ancienne : elle est alors trop généralisée et trop profonde ; des kystes sont répandus dans l'épaisseur de la paroi du col, à une profondeur assez grande pour ne pas être atteints par le curetage. Il faut alors abraser complètement la muqueuse, d'après la méthode de Schrœder, en lui combinant l'avivement et les sutures d'Emmet. La trachelorrhaphie seule masquerait le mal sans le guérir. Doleris (1) combine ainsi le plus souvent

(1) Doleris et Bonnet, *loc. cit.*

les deux opérations ; Para (1), sur trois cas de déchirures, n'a employé qu'une fois l'opération d'Emmet seule. Dans quelques cas même on doit amputer le col.

Elle a donc des indications précises ; elle sera opportune lorsque des nodules cicatriciels ou des déchirures trop profondes élimineront les cautérisations au fer rouge ; enfin, lorsque l'endométrite sera relativement légère et pourra être guérie avant l'opération par les moyens ordinaires, topiques, curetage ou hersage. S'obstiner à faire l'opération lorsque les lèvres sont trop épaissies, trop éversées, c'est s'exposer en dehors de l'insuccès à un accident que les adversaires d'Emmet ont signalé souvent, à la gangrène. Il faut alors, en effet, serrer les fils très fort pour qu'il y ait affrontement, la mortification des tissus en est le résultat. Emmet conseille alors d'aviver plus profondément ; mais, en agissant ainsi, on s'expose à une autre complication : à l'atrésie. Peaslee, pour l'éviter, plaçait des boulettes de charpie jusqu'à la guérison, afin de maintenir le canal, et Houzel conseille d'appliquer une sonde pendant l'application des sutures. Ces moyens ne l'empêchent pas toujours.

L'opération elle-même, quoi qu'on en ait dit, est sans danger. Je ne parle pas de la septicémie lorsqu'elle se produit de nos jours, la faute en est au chirurgien. On a signalé des hémorrhagies graves, et Emmet qui les craignait au début avait imaginé un espèce de tourniquet, sorte de bande d'Esmark, pour les prévenir ; mais il abandonna bientôt ce procédé. « Dans les circonstances ordinaires, dit-il, j'ai trouvé que l'administration d'une abondante injection vaginale d'eau chaude, immédiatement avant l'opération, diminue tout autant l'écoulement sanguin que le tourniquet, et je l'emploie maintenant rarement. » Le champ opératoire est d'ailleurs tout entier à découvert puisque l'utérus est amené à la vulve ; si par hasard on ouvrait l'artère coronaire, on placerait une pince à forci-pressure et une ligature aussitôt.

(1) Para, *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1075.

On a dit encore : La dilatation après la trachelorrhaphie est impossible, et la cicatrice linéaire se reproduit dans un accouchement subséquent. Sans doute la dilatation ne sera pas aussi facile que sur un col sain ; mais une cicatrice linéaire obtenue par première intention diminuera son élasticité sur une bien petite étendue. Le col sera bien plus rigide lorsqu'il y aura déchirure non réparée avec tissu fibreux répandu irrégulièrement sur plusieurs points de la surface. Le docteur Janvrin (1) a rappporté à une réunion de la New-York obstetrical Socièty un exemple frappant. Chez une femme atteinte de déchirure du col non réparée, parsemée de nodules cicatriciels, l'orifice était si petit qu'il put à peine introduire une sonde ; pour appliquer les branches du forceps, il fut obligé de faire plusieurs discissions.

Quant à la solidité de la ligne cicatricielle, elle n'est plus mise en doute. « Aucune cicatrice n'est plus solide que celle produite par la réunion primitive, dit Trélat à la Société de chirurgie, en 1887. » Il répondait à Théophile Auger, qui dans une cure radicale avait laissé suppurer une plaie « pour provoquer une cicatrice plus épaisse et plus résistante. » Et Lucas-Championnière, de l'avis de Trélat, ajouta : J'insiste sur la solidité des cicatrices obtenues par la réunion première, rien ne peut les remplacer. Sur 77 cas, le docteur Wells n'a trouvé que 12 fois le retour d'une légère déchirure.

Enfin, dernier reproche que l'on a adressé à la trachelorrhaphie, elle amène, dit-on, la stérilité. D'après le docteur Murphy (2), « la restauration des déchirures du col est habituellement suivie de stérilité. » Le docteur Gehrund (3) dit : « La grossesse doit être considérée comme un succès de circonstances.

(1) Cité par Emmet, *Pratique des maladies des femmes*, p. 486.
(2) Murphy, *Americ Journ. obst.*, 1883-1884.
(3) Gehrund, *Saint-Louis Cour. of med.*, vol. IX, p. 534.

Des observations multiples prouvent le contraire. Et d'ailleurs on ne le comprendrait pas. Après l'opération, le col n'est pas douloureux, le coït facile par conséquent ; il n'y a ni inflammation, ni atrésie, les spermatozoïdes peuvent pénétrer facilement dans la cavité utérine ; enfin le col restauré peut s'acquitter commodément de ses fonctions de sphincter : les avortements sont rares.

Le docteur Goodell (1), rapportant 113 cas d'opérations pour lacérations du col utérin, ajoute : « Dans plusieurs cas de lacérations bilatérales, *mais non dans tous*, la stérilité est survenue après l'opération, mais je n'ai point le nombre exact. Parmi les femmes que j'ai pu suivre, quatre sont devenues enceintes peu de temps après.

Chez trois, la lacération ne s'est pas reproduite ; chez une, il y a eu une déchirure légère à gauche, mais ne nécessitant pas d'opération. »

« J'ai vu trois de mes opérées qui ont eu des sufants depuis l'opération, dit Gill Wyllie (2). Chez toutes, le col était resté intact, et je ne constatai point de changement apparent, si ce n'est dans un cas où le col était aplati, mais sain. »

Harrisson, Baker, Munde, Janvrin, Martin, Goss, Does, Davenport, Cusching, Eustache et Doleris ont publié des observations reproduites ou résumées dans la thèse de Ducasse (3), qui démontrent l'exagération des assertions de Murphy et Gerhund.

Le Dr Wells analyse cent vingt-six cas de femmes opérées, dont trente-deux sont devenues enceintes.

L'avortement est rare ; sur soixante grossesses, Ducasse

(1) Docteur Goodell (Philadelphie), *Americ. Journal of obst.*, 1882, p. 122.

(2) Gill Wyllie, *Americ. J. of obst.*, 1882, p. 71.

(3) Ducasse, *De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachelorrhaphie et l'amputation du col*. Thèse Paris, 1889. — Wells, *Americ. Jour. obst.*, juin 1884.

n'a trouvé que douze avortements, dont six criminels. M. Doleris n'a-t-il pas opéré avec succès une déchirure, pour parer à une fausse couche imminente?

Dans sa thèse, Cardeillac publie une observation de M. Chalot, où un nouvel accouchement a eu lieu l'année suivant l'opération. Il s'est fait spontanément après huit heures environ de travail. M. Tédenat, dans son mémoire, cite une observation personnelle analogue : deux ans après, il y eut accouchement à terme.

Les bénéfices de la trachelorrhaphie, faite opportunément, sont incontestables. Les Américains ont publié des observations avec guérison dont le chiffre est énorme. Le Dr Johnson, dans un mémoire sur les effets immédiats et éloignés de l'opération d'Emmet, lu à l'American medical Association, à la réunion de Washington, en 1884, évalue à 3,000 le nombre des opérées. Plus près de nous, Fage, Marchand, Eustache, Jacquelot, publient des observations de leurs maîtres, Tarnier. Peyrot, etc.

Enfin, à Montpellier, deux thèses ont paru et je trouve dans l'une, celle de Cot, quatre opérations couronnées de succès, opérées par M. Tédenat; dans l'autre, celle de Cardeillac, deux autres de M. Chalot suivies encore de guérison complète. En un an, M. Grynfeltt a pratiqué quatre fois l'opération avec succès complet encore; on peut lire l'une des observations dans le mémoire de M. Guibert dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* (mars 1890); des trois autres, je publie les deux que j'ai sous la main.

Déchirure du col. — Métrite cervicale. — Curetage et trachelorrhaphie. — Guérison. — Observation communiquée par M. le professeur Grynfeltt.

La nommée C. est entré à la clinique d'obstétrique et de gynécologie, le 4 janvier 1891.

Sa complexion est forte, son tempérament lymphatico-nerveux;

elle est âgée de trente-huit ans. Il y a neuf ans environ, elle s'est accouchée ; depuis, elle est malade et n'a plus eu d'enfants. Dans le bas-ventre elle éprouve des sensations de pesanteur pendant la station debout prolongée, et surtout pendant la marche; dans les reins elle a des tiraillements douloureux habituels. Elle est atteinte d'une constipation opiniâtre ; elle a un écoulement leucorrhéique modéré. Les règles sont régulières, faibles aujourd'hui, mais ayant eu un caractère ménorrhagique dans les premiers temps qui suivirent l'accouchement.

Le toucher montre un utérus gros et abaissé, un col considérablement tuméfié; les lèvres sont en éversion très prononcée et présentent à leur commissure gauche une incisure profonde atteignant presque le cul-de-sac vaginal correspondant. Les bords de l'incisure sont sclérosés, formés de tissus cicatriciels dans une étendue 5 à 6 mill. de profondeur. La malade, il est vrai, raconte-t-elle, a été soumise aux applications répétées en ce point de la lame du thermocautère de Paquelin, il y a deux ans environ, et elle vient actuellement de Nimes recevoir pendant six mois les soins, d'ailleurs très coûteux, d'une sage-femme spécialiste, qui lui a appliqué force onguents et pommades.

Au spéculum, on voit le col gros, tuméfié, la muqueuse boursouflée et en ectropion. L'incisure latérale gauche apparaît dans toute son étendue.

Les annexes sont indemnes et le corps de l'utérus est sain, il n'y a pas de paramétrite. L'inflammation est restée localisée au col, on n'y voit pas de kystes.

M. Grynfeltt propose la trachelorrhaphie, elle est acceptée.

Le 8 janvier, après une injection vaginale très chaude, il fait d'abord le curetage du col, et, comme l'inflammation est relativement peu intense, dans la même séance il pratique l'opération d'Emmet. La malade était endormie et l'utérus avait été amené à la vulve sans difficulté. Il avive les lèvres de la solution de continuité dans toute leur étendue, surtout au niveau de l'angle de la déchirure. Une couche de tissu cicatriciel, épaisse de 5 à 6 mill., est enlevée de part et d'autre. L'affrontement des surfaces cruentées n'offre aucune difficulté, et quatre points de suture avec du fort catgut, comprenant toute l'épaisseur du col, assurent la réunion. Les nœuds sont coupés ras et les fils abandonnés à la résorption.

On fait des lavages antiseptiques, et on applique un tampon de gaz iodoformée.

Au bout de huit jours seulement, le tampon est enlevé, la ligne de réunion examinée : la coaptation est parfaite. Matin et soir, jusqu'à l'époque des règles, on fait à la malade des irrigations chaudes. Les règles arrivent à l'époque habituelle, elles sont normales, durent quatre jours.

Après cette période, M. Grynfeltt trouve la paroi vaginale antérieure dans un état de prolapsus. Il décide une colporrhaphie antérieure et la pratique dans la semaine qui suivit l'écoulement menstruel.

Avec deux pinces de Kocher, il soulève dans le sens longitudinal de la muqueuse vaginale un pli aussi épais que possible et le saisit entre les mords d'une pince à phimosis de Ricord (1), qu'il préfère au clamp forci-presseur de Cheron. Le pli apparaît alors aussi gros que le petit doigt. Au niveau des fenêtres de l'instrument, il passe 6 aiguilles de forte soie phéniquée pour faire la suture; il excise la muqueuse en avant de la pince. Les sutures sont liées, la ligne de réunion saupoudrée d'iodoforme, on place encore un tampon de gaze iodoformée et la malade garde le lit.

Huit jours après, on coupe les fils et la réunion est parfaite.

Le 16 février, la malade sort complètement rétablie.

Aujourd'hui (2 juillet), C. est bien portante, le col est restauré, il a sa forme ordinaire et le vagin est normal.

Déchirure du col. — Métrite légère. — Trachelorrhaphie. — Guérison.

(Observation communiquée par M. le professeur Grynfeltt)

A la même époque, X..., de Cette, vient trouver M. le professeur Grynfeltt. Elle se plaint de pesanteur dans le bas-ventre, de tiraillement dans les reins, et désire surtout savoir s'il lui est possible d'avoir des enfants, car elle n'a plus eu de grossesse depuis un accouchement prématuré à huit mois, qu'elle a fait il y a trois ans environ. M. Grynfeltt l'examine, et ne trouve pour toute lésion qu'une incisure

(1) Les pinces de Ricord présentent un inconvénient : les mords sont trop courts et plus serrés à leur extrémité libre qu'à l'autre extrémité. M. Grynfeltt se propose de construire des pinces analogues avec des mords plus longs et tout à fait parallèles, en courbant les branches en arc de cercle en arrière des fenêtres, comme dans l'entérotome de Chassaignac.

profonde du col utérin au niveau de la commissure gauche, mesurant trois centimètres à trois centimètres et demi. Pas de complications. Il propose la trachelorrhaphie et la malade l'accepte.

Avec le concours de M. Diffre et de M. Lassalle, son chef de clinique et son interne, il pratiqua l'opération. Elle fut d'une simplicité vraiment remarquable.

La malade est anasthésiée, l'utérus abaissé et les lèvres de la solution de continuité avivées avec tous les soins nécessaires. Trois points de suture laissés encore à demeure, comme précédemment, suffisent pour amener la coaptation.

Huit jours après, la malade était complètement guérie. Au bout de deux mois, M. Grynfeltt revoit la malade : sa santé est parfaite, une grossese ultérieure paraît possible.

CONCLUSIONS

1. Les déchirures du col ont généralement pour cause l'accouchement.

2. Elles sont plus fréquentes sur les côtés à cause de la faiblesse des parois du col au niveau des commissures, et à gauche à cause de la présence de ce côté de l'occiput du fœtus.

3. Les guérisons spontanées des déchirures d'un certain degré sont l'exception.

4. Elles ne constituent pas une entité morbide, ainsi que conclut Houzel : elles sont seulement la cause mécanique de la métrite cervicale dont l'inflammation est la cause pathologique.

5. L'ovaro-salpingite se produit par propagation de l'inflammation en surface, par contiguïté des cellules, et par les lacunes lymphatiques sous-muqueuses. La paramétrite est due à la lymphangite et la phlébite.

6. La métrite cervicale avec déchirure, que Doleris a appelée *métrite traumatique*, ne peut être séparée des métrites purement inflammatoires : les principales complications et les principaux symptômes se rencontrent dans les deux. Tels sont l'ovaro-salpingite, la métrite du corps, l'éversion et l'ectropion. Le paramétrite est plus fréquenté dans les métrites traumatiques.

7. L'ectropion de la muqueuse et l'éversion des parois sont

dues non pas seulement à l'inflammation, mais aussi et surtout à l'action prépondérante des fibres longitudinales placées sur les faces antérieures et postérieures du col qui n'est plus contrebalancée par les fibres circulaires déchirées ou altérées.

8. Les femmes atteintes de déchirures sont moins fertiles que les femmes dont le col est sain. Les imprégnations sont plus fréquentes, mais les avortements aussi plus nombreux proportionnellement que dans la métrite purement inflammatoire.

9. Pour obtenir la guérison, on doit traiter l'inflammation d'abord et les lésions qu'elle peut avoir causées, réparer la déchirure ensuite.

10. Elle est indiquée lorsque des nodules cicatriciels ou des déchirures trop profondes élimineront les cautérisations au fer rouge; et lorsque l'endométrite sera relativement légère et pourra être guérie avant l'opération par les moyens ordinaires, topiques, curetage, etc. En dehors de ces indications, elle est quelquefois inutile, quelquefois insuffisante.

11. Faite opportunément, la trachelorrhaphie est une opération bénigne; elle ne cause pas la gangrène des tissus, elle n'amène pas l'atrésie du col, permet la dilatation du col dans un accouchement subséquent, et la cicatrice linéaire n'éclate pas.

12. La fertilité est augmentée chez les femmes dont les déchirures ont été réparées ; les avortements sont plus rares.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 4 juillet 1891.
Le Recteur,
A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 3 juillet 1891.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!